

## تظاهرات عصبی سالمندان در ایران

(بررسی ۳۲۸ مورد)

مجله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۲۵، ۱۳۵۸

\* دکتر جلال بریمانی

جانب مراجعه و نسخه چهل روزه‌ای دریافت کرده بود و با تذکر داده شد که چهل روز بعد مجدداً مراجعت کند. بیمار جمله «مجدداً مراجعت کنید» را خوب نشنیده بود و خیال کرده بود «چهل روز بعد شما خواهید مرد» بدینجهت در آن مدت چهل روز وصیت کرده و اموال خود را میان فرزندان تقسیم کرده بود. بهر حال در حین مصاحبه، پژوهشکار میتواند با اختلال‌های تکلم و حافظه و سیر منطقی پاسخها پی‌پرد و بعلاوه از حرکات غیرعادی دستها، پاها، لبها و سر و حرکات مختلف وی نتیجه‌گیری کند. سپس آرام آرام پرسشها را برای بررسی حافظه و دقت و درک زمان و مکان او ادامه دهد.

در بعضی موارد صلاح است از کسان بیمار، بطور مخفیانه در مورد چگونگی اختلال‌های رفتاری و همچنین بی اختیاری ادرار و یا مدفعه وجود کارهای نادرست و چگونگی اداره امور مالی وغیره اطلاعاتی کسب شود.

معاینه سالمند عصبی مانند هر بیمار عصبی دیگر شامل بررسی‌های زیر است:

### ۱- نیروی عضلانی:

باید داشت که حرکات سالمند بعلت ضعف پیری و کاهش قدرت ابتکار آهسته است. بررسی تنفس عضلانی بعلت کاهش سرعت انقباض و انبساط ماهیچه دشوار است. البته باید افزایش تنفس عضلانی (هیپرتوونی) حقیقی را از هیپرتوونی کاذبی که در ماهیچه‌های با جهت مخالف (آنتاگونیست)، هنگام حرکت پاسیف، بعداز شست سالگی پدید می‌آید تشخیص داد.

غلب پژوهشکران شروع پیری (Senescence) را بدلخواه در ۶۵ سالگی قرار داده‌اند. گرچه سن متوسط عمر در ایران نسبت به ممالک پیشرفته کمتر است، شاید صلاح باشد آغاز سالخوردگی را در ایران از ۵۰ سالگی بحساب آورد. ولی در این بررسی ۶۵ سالگی مأخذ قرار داده شده است. در این سن قدرت روانی وجسمی کاهش می‌یابد. آنچه که برای متخصص اعصاب قابل اهمیت است تشخیص تغییرات طبیعی (فیزیولوژیک) از مرضی است. میدانیم که دگر گونه‌های فیزیولوژیک پیری خیلی زودتر از ۶۵ سالگی ظاهر می‌گردد. مثلاً تخمین می‌نند که بافت مغزی در ۲۵ سالگی روزانه ۱۰۰۰ یاخته عصبی و در سن ۴۰ سالگی بیش از ۱۰۰۰۰ نرون را از دست میدهد. با توجه به اینکه تعداد کل یاخته‌های عصبی را بین ۱۱ تا ۱۶ میلیارد برآورده‌اند، هر انسانی وقتی به مرز ۶۵ سالگی میرسد بیش از ۱ میلیارد نرون از دست میدهد، بعلاوه در تشکیلات هسته‌ای و سیتوپلاسمی یاخته‌های عصبی باقی مانده نیز، اختلال‌های دژنراتیو پدید می‌آید. کاهش سرمایه نرونی در بروز اختلال‌های عصبی بی‌تأثیر نیست، بویشه آنکه یاخته‌های عصبی نابود شده به هیچوجه دوباره بزندگی باز نمی‌گردد.

معاینه بیمار سالمند مبتلا به عارضه عصبی: معاینه سالمندان مانند کودکان باید بالاگیت و ملاحظت کامل هموار باشد زیرا سالمند دائم در انتظار مرگ است بدینجهت مدت معاینه باید از معاینه بیماران دیگر طولانی‌تر باشد و گاه‌گاه نیز باید پرسش را قطع کرده، به بیمار اندکی فرصت استراحت داد. اخیراً سالمندی برای معاینه مراجعت کرد که یک‌سال قبل نیز باین-

\* بخش اعصاب و الکترو آسفالوگرافی دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

اطلاعات و انتقال آن به مغز سپس بر نامه ریزی پاسخهای مر بوط، به زمان پیشتری نیاز دارد. بعلاوه در تفسیر آزمون باید دوام دقت هنگام آزمایش و همچنین شرایط اجتماعی و روانی بیمار را نیز در نظر گرفت. یکی از مشخصات سالمند، بی تفاوتی فیزیولوژیک وی در برابر واقعیت‌های جدید است.

**بررسی اختلال‌های عصبی سالمندان در ایران:**  
همانطوری که گفته شد این بررسی شامل ۳۲۸ بیمار از ۶۵ سال به بالا است که در ده سال اخیر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و در این گزارش فقط اختلال‌های عصبی آنها مد نظر قرار داده شده است. بیماریهای مختلف بر حسب اهمیت شیوع برتری در زیر در نه گروه خلاصه شده است. از ۳۲۸ بیمار ۱۰۵ تن زن و بقیه مرد می‌باشند (جدول شماره ۱).

#### ۱- اختلال‌های عروقی:

۷۰ تن برتری گرفتار عوارض زیر شده‌اند: سندروم‌های سیلوین ایسکمیک ۵۳ تن، سندرم ایسکمیک مغزی قدامی ۱ تن، عارضه (Ictus Amnesique) ۷ تن، سندرم و برس ۱ تن، سندرم پسودوبولبر ۳ تن، خونریزی مغز ۵ تن.

بررسی آماری نشان میدهد که اختلال‌های عروقی در نزد سالمندان بزرگترین رقم بیماری و مرگ و میر را نشان میدهد. آماری را که پس از کالبدگشائی (اتوپسی) ۸۹۷ تن از بیمارانی که در اثر عارضه مغزی و پرده‌های آن فوت شده بودند و توسط دکتر آرمن استاد آسیب‌شناسی در اختیار اینجانب قرار گرفت بدینفرار است: (البته ایشان شروع پری را در ایران از پنجاه سالگی بحساب آورده‌اند) (جدول شماره ۲).

چنان‌که ملاحظه می‌شود از ۸۹۷ مورد اتوپسی، ۹۶ بیمار در اثر عارضه عروقی، خونریزی مغز در درجه اول سپس نرم شدگی مخ فوت شده‌اند.

در آمار مورد بررسی ما نیز از ۳۲۸ سالمند عصبی و روانی، ۷۰ مورد دچار عارضه عروقی بوده‌اند که در درجه اول نرم شدگی‌های مخ قرار دارد. زیرا در اکثر مواقع، خونریزی دستگاه اعصاب مرکزی منتج به مرگ می‌شود و به بیمار فرست نمی‌دهد که به پیش‌شک مراجعه کند. بعلاوه اصولاً تعداد خونریزی مغز نسبت به نرم شدگی آن که ناشی از ایسکمی یک قسمت از اعصاب مرکزی و معلول آمیولی یا ترمبووز عروق است بسیار کمتر دیده می‌شود.

(۱۱) و همکارانش، Hutchinson، Matsumoto، (۱۵) و همکارانش، Boudouresques (۴) در آمار جدیدی که از ۲۷۷ مورد فلچ نیمه بدن نزد پیران بیش از ۶۵ سال منتشر کرده‌اند،

ضمور عضلانی در ماهیچه‌های کوچک دستها گاهی یافت می‌شود که منشأ عصبی دارد و باید آنرا از میوپاتی دیررس در انتهای اندامها که استثنائی است، تفاوت گذاشت.

#### ۲- رفلکس‌ها

الف- برای بررسی رفلکس‌های ذهنی باید توجه سالمندان را به مسئله دیگری جلب کرد تا بتوان به تیجه دلخواه رسید. ناپدید شدن رفلکس آشیل نزد پیران کمیاب نیست. مثلاً در بررسی Klawans و همکارانش (۱۳) از ۱۰۰۰ سالمند که عارضه عصبی خاصی نداشته‌اند، ۷۰۳ نفر قادر رفلکس آشیل بوده‌اند. این محققان ازین رفتن رفلکس مذکور را مر بوط به آرتربیوسکلروز محیطی و دیابت و نوروباتیهای مشابه دانسته‌اند. از ۳۲۸ بیمار سالمند مورد مطالعه ما، ۱۰۷ تن رفلکس آشیل نداشته‌اند.

ب- رفلکس پوستی- کف پائی، همیشه در حال خمیدگی (En Flexion) است. در آمار Klawans و همکاران (۱۳) فقط دو مورد بی هیچ‌گونه عارضه عصبی، دارای علامت با پنسکی بوده‌اند. رفلکس‌های پوست - شکم، بر عکس رفلکس کف پا، در اکثر مواقع ازین رفته است و ازین رفتن آن مرضی (پاتولوژیک) نیست.

۳- نشانه‌های حسی: واکنش سالمندان به تحریکات حسی کم می‌شود بویژه حس ارتعاش با دیاپازون بسیار نقصان می‌باید. در آمار Klawans و همکارانش از ۱۰۰۰ مورد ۱۰۵ تن بکلی این حس را از دست داده بودند. اخیراً Bender (۱) در درصد سالمندان مورد معاينه، کاهش حس ارتعاش را به درجات مختلف یافته است. همه محققان این نقص را ناشی از نوروباتی به علل مختلف میدانند.

(۱) Bender (Face - Hand) درصد خطای حسی یافت. به موجب این آزمون سالمند باید با چشم اندازی هر بار که پیش‌شک با انگشت خود دست و صورت وی را لمس می‌کند نام دست یا صورت را بموقع و صحیح بگوید.

#### ۴- بررسی نیروی عقلانی

در این بررسی باید ضعف نیروی عقلانی (زوال عقلی) فیزیولوژیک را از مرضی تشخیص داد.

استفاده از آذون که همه با عامل زمان بستگی دارد نمی‌تواند پاسخگوی صحیح بررسی نیروی عقلانی باشد. پروفسور Lhermitte (۱۴) معتقد است که دستگاه عصبی سالمند دارای چنان تغییرات تجزیه‌کننده است که برای دریافت

## جدول شماره ۱- شیوع بیماریهای مختلف عصبی در سالمندان ایرانی

جمع			از ۸۱ تا ۶۵ سالگی			از ۷۰ تا ۴۰ سالگی			از ۳۰ تا ۱۰ سالگی			بیماریها	
کل	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد			
۵۳	۱۷	۳۶	۲	۱	۳	۹	۱۲	۲۶			سندرم سیلوین		
۷	۱	۶				۱	۱	۵			ایکتوم آمنزیک		
۵	۲	۳				۱	۲	۲			خونریزی		
۵	۱	۴		۱		۱	۱	۲			متفرقه		
											عروقی عصبی		
۲۷	۱۹	۸	۱		۶	۱	۱۲	۷			ذوال عقلی (دمانس)		
۲۳	۸	۱۵	۱	۱	۲	۴	۵	۱۰			سندرمهای خارج هرمی (پار کینسون)		
۷	۳	۴			۱	۲	۲	۲			تومورهای مغز		
۶	۲	۴			۱	۱	۱	۳			سندرمهای نخاعی		
۶	۲	۴			۱	۱	۱	۳			فلج عصب صورت (A. Frigore)		
۳		۳						۳			صرع بزرگ		
۳		۳		۱		۱		۱			صرع کانونی		
۴	۳	۱						۳	۱		لرزش اصلی		
۲		۲							۲		سندرم مخچه‌ای		
۲	۱	۱					۱	۱			نورالری عصب پنجم		
۲	۱	۱			۱				۱		زونا بین دنده‌ای		
۱		۱							۱		نوروپاتی اکینتیک		

کرده‌اند، بیماریهای عصبی زیر بترتیب بیش از دیگر بیماریهای عصبی شیوع داشته است:

- ۱- اختلال‌های عروقی مغزی ۱۶ درصد (اختلالات دائمی ۷/۳ درصد و اختلالات موقتی ۸/۷ درصد)
- ۲- ذوال عقلی (دمانس) ۸/۷ درصد
- ۳- سندرمهای پار کینسون ۵/۸ درصد
- ۴- لرزش بی‌علت ۱/۷ درصد

ارقام زیرچشمگیر است:

- نرم شدگی مغز ۲۴۰ مورد ۲۰۵ مورد منبوط به نیمسکره‌ها و فقط ۲۲ مورد منبوط به تن مخ (خونریزی دستگاه اعصاب منکری ۱۶ مورد تو مورهای مغز ۲۱ درآمار دیگری که اخیراً Broe و همکارانش (۵) در سال ۱۹۷۶ در آمار بیش از ۸۰۸ سالمند بیش از ۶۵ سال که بستری نشده بودند گزارش

## جدول شماره ۲

جمع			از ۸۹ تا ۸۰ سالگی		از ۷۹ تا ۷۰ سالگی		از ۶۹ تا ۶۰ سالگی		از ۵۹ تا ۵۰ سالگی		بیماریها	
کل	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	
۷۲	۴۲	۳۰		۲	۸	۴	۱۳	۱۳	۲۱	۱۱	خونریزی مغز	
۲۴	۹	۱۵			۱	۲	۳	۲	۵	۱۱	نرم شدگی مغز	
۷	۳	۴			۱	۱	۱	۳	۱		متفرقه مغزی	
۱۴	۳	۱۱		۱			۲	۵	۱	۵	بیماریهای عفونی مغز و منتر (غیر از سلی)	
۳	۲	۱					۱		۱	۱	بیماریهای سلی مغز و منتر	
۱۴	۵	۹					۲	۱	۳	۸	تومورهای مخ	

همنام ، احتمالاً در  $\frac{1}{4}$  تھنا نی میدان بینائی ، بعلاوه اگر نیمکره غالب گرفتار شود عدم قدرت تکلم و عدم توانایی در انجام فعالیتها (آپراکسی) بروز میکند و اگر نیمکره مغلوب آسیب دیده باشد اختلالات در تجسم فضای اندام وجهت یابی فضایی دید ، آپراکسی و لباس پوشیدن به آن اضافه میگردد.

۳- علائم سندروم سیلوین عمقی : فلچ نیمه بدن بعلت ضایعه در کپسول مغز با عدم اختلال حسی و عدم اختلال در میدان بینائی ولی اختلال بلع و قطع موقعی تکلم و همچنین اگر نیمکره غالب گرفتار شود عدم تکلم با تفوق در رضایعت اندام مربوط (آنارتری) جلب نظر میکند.

۵- صرع  
۶- اختلالهای اعصاب محیطی  
از اختلالهای عروقی ، سندروم‌های ایسکمیک سیلوین در درجه‌اول اهمیت قرار دارد.  
الف- سندروم سیلوین (ایسکمی) : جدول شماره ۳ چگونگی این عارضه را نزد بیماران ما مشخص میکند :

علائم بالینی سندروم سیلوین بر حسب اینکه انسداد ، شاخه‌های سطحی شریان سیلوین و یا شاخه‌های عمقی آن اگر گرفتار سازد ، فرق دارد.

۱- علائم سندروم سیلوین سطحی : فلچ نیم تنه مقابله با تفوق فلچ دردست و صورت ، اختلالات حسی منطبق بر فلچ ، نیم بینی جانی

## جدول شماره ۳

از ۸۱ تا ۸۰ سال		از ۷۹ تا ۷۰ سال		از ۶۵ تا ۶۰ سال			
زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	سندرم سیلوین راست	
۱			۱	۵	۹		
۱	۱	۳	۸	۷	۱۷	سندرم سیلوین چپ	
۲	۱	۳	۹	۱۲	۲۶	جمع	
						جمع کل ۵۳ تن	

فراموشی مر بوط به حافظه دور (رتروگراد) که میتواند چندسال را دربر گیرد بر آن افزوده میشود. این اشخاص بهیچوجه خلاصه حافظه خود را بافسانه پردازی پر نمی کنند. این فراموشی ناگهانی ازین هیروود و در مدت عارضه، آمنزی حرفه ای (لاکونر) وجود خواهد داشت. آزمایش های مختلف مانند آنزویوگرافی، توموگرافی، کامپیوتربی مغز، الکتروآنسفالوگرافی هیچ اختلالی نشان نمی دهد. عود عارضه استثنائی است.

**درمان عارضه ایسکمیک:** داروهای گشاد کننده عروق بمقدار مناسب و کورتیکوستروئیدها که اثر آن روی ورم مغز، مورد قبول بعضی از محققان است.

**ج- خونریزی مغز:** ده درصد سکته ها مر بوط به خونریزی مغز است. از کل یماران مورد این مطالعه، پنج تن (چهار مرد و یک زن) دچارتجمع لخته خون(هماتوم) داخل مغز شده اند. دومورد در ناحیه پیشانی راست، یک مورد پیشانی چپ، یک مورد خونریزی کپسولی چپ و یک مورد هما توم آهیانه ای چپ که با صرع برآورده اکسون توأم بوده است (یمار هفتاد ساله ای که پس از مرگ زنش، سر خود را از شدت درد روانی بدیوار کوییده و هماتوم ایجاد شده بود).

**۱- نشانه های بالینی:** آغاز آن ناگهانی و اغلب در حین فعالیت است (برخلاف نرم شدگی که اغلب وقتی یمار در رختخواب است رخ میدهد)، سر درد موضعی شدید، اختلال های هوشیاری و بویژه اغماء وفلج نیمه بدن از علائم آن است.

در خونریزی نواحی عمیق مغز بیشتر شرائین عدی و هسته های مخلوط مغز گرفتار می شوند و تقریباً مرگ یمار حتمی است. خونریزی سطحی اغلب در ناحیه پیشانی و یا چهارراه آهیانه ای - پشت سری رخ میدهد که اگر فضای زیر پرده عنکبوتیه آلوده شود سندروم ورم پرده مغز (منتره) بر آن افزوده میگردد.

بهترین آزمایشها در حال حاضر، توموگرافی کامپیوتربی مغز و آنزویوستی گرافی است که باید فوراً قبل از بزل کمری (درصورت عدم علائم از دیداد داخل جمجمه) بعمل آید.

بعد از انجام این آزمایشها است که میتوان درباره امکان یا عدم امکان آنزویوگرافی تصمیم گرفت.

هماتوم زیر سخت سامه: امکان هماتوم نزد پیرانی که گنگی روانی و یا عارضه موضعی عصبی دارد وجود دارد که ممکن است در نتیجه ضربه بسیار خفیف باشد و بعلاوه در بعضی موارد هماتوم دو طرفه است.

**۳- زوال عقلی (Demences):** گرچه زوال عقلی یکی از سندروم های بزرگ و نادر روانپزشکی

۳- علائم سندروم سیلوین کامل: علائم آن شدید است. بیمار چهار اغماء وفلج کامل نیمه بدن همراه با یحسی نیمه بدن و نیم بینی جانی همنام و اختلال تکلم توأم با عدم تعادل (آفازی بروکا) میشود. ترمیم ضایعات عروقی ایسکمی مغز به چگونگی عروق جانشین شونده آنها وابسته است و بنا بر این بر حسب اشخاص مختلف متفاوت است و عواملی مانند امکان کوچک ماندن (هیپوپلازی) و یا رشد ناقص (Agenesie) یکی از شرائین چند ضلعی (Willis) ، فشار خون، اختلال میوکارد، سرعت بسته شدن منفذ شریان و غیره دخالت دارند.

**ب- سندروم مغزی قدامی:** در بررسی ما، فقط یک مرد ۶۵ ساله وجود دارد که شریان مغزی قدامی طرف چپ وی گرفتار بوده است. سندروم ایسکمیک مغزی قدامی نیز به دو نوع سطحی و عمیق تقسیم میشود:

**سندروم سطحی:** فلج نیمه بدن با تفوق فلج درپا، بی حسی نیمه بدن منطبق برفلج، اختلال های دیگر مانند پیدایش دفلکس چنگک زدن در طرف مقابل و یا اختلال اسفنگکتر و یا رفتاری ممکن است بر آن اضافه گردد.

**سندروم عمیق:** علائم بالینی خاص بسته شدن شاخه های عمیق شریان مغزی قدامی هنوز شناخته نشده است.

**پ- سندروم مغزی خلفی:** سندروم ایسکمیک مغزی خلفی به دونوع سطحی و عمیق منقسم میگردد:

**سندروم سطحی:** از علائم آن نیم بینی جانی همنام (باستثناء دید ماکولر)، توهمات بینائی، فقدان حس بینائی که در گرفتاری نیمکره غالب بصورت ناتوانی در خواندن و عدم شناسائی رنگها خودنمایی میکند.

**سندروم عمیق:** که اغلب بصورت سندروم تalamیک (ستی زودگذر نیمه بدن)، ییحسی نیمه بدن با تفوق اختلالات حسی عمیق، افراش غیرطبیعی جواب شخص نسبت به تحریکات دردناک (هیپرپاتی) و حرکات غیرعادی است.

**ت- نرم شدگی هردو نیمکره:** این نوع نرم شدگیها بیشتر در گرفتاری هردو لوبول پاراسائزال، اوپرکول رلاندیک و یا کپسول داخلی دیده میشود.

**ث- ایکتوس آمنزیک (Ictus Amnesique):** این عارضه که نزد هفت یمار مورد بررسی این گروه (۶ مرد و ۱ زن) یافت شده، عبارت است از فراموشی ناگهانی بمدت چند ساعت (از بین رفقن حافظه نزدیک) که آنرا ناشی از ایسکمی زودگذر شریان مهره ای و قاعده ای میدانند. در این مدت یمار مضرب است و لاینقطع یک موضوع را از طرف مقابل خود می پرسد. گاهی نیز

برای بروجود آوردن لرزش بایدهم راههای رابط جسم سیاه و جسم مخطط وهم راههای رابط tegmental Rubro tegmental را از بین برد. داروی L. Dopa که مدت‌ها بهنهایی برای درمان پارکینسون بکار میرفت بعلت عبور کم آن ازد خونی - مغزی چندان مؤثر نبود و برای جبران آن باید مقادیر زیاد دارو مصرف نمیشد بهمین جهت اختلال‌های قلبی-عروقی، گوارشی و یا عصبی پدیداردیگشت. بنابراین اکنون همراه با L. Dopa یک عاده مهار کننده آنزیم Decarboxylase (آنژیم خراب‌کننده ال- دوپا) اضافه می‌کنند تا از خراب شدن ال - دوپا در محیط جلوگیری شده و مقدار بیشتری بهمغز برسد و بدین ترتیب در مقدار مصرف آن نیز پنج تاش برای صرف‌جویی نمی‌شود وهم اختلال‌های قلبی-عروقی و یا گوارشی کمتر عارض نمی‌شود ولی بر حرکات غیرعادی و غیررادی چندان مؤثر نیست. باداروی L. Dopa، هیپرتوونی و آکینزی سریعتر از لرزش اذین می‌رود. داروهای آنتی کولینرژیک (آرتان) قدیمی را که گاهی مفید است میتوان همراه با L. Dopa مصرف کرد.

از درمان جراحی استرئوتاکسی در بعضی موارد لرزش که به درمان داروئی مقاوم است میتوان سود جست ولی درمان جراحی هردو طرف خطر ناک است.

#### ب- سندروم : Steele - Richardson - Olzewski

سالمندان پیشتر گرفتار این بیماری می‌شوند. علام آن سندروم پسودو بویلر، همراه با سختی ماهیچه‌های محور بدن (Rigidité Axiale) بويژه گردن و سندروم چشمی که فلنج حرکات چشم درجهت عمودی است می‌باشد.

درمان با L. Dopa فقط بطور خفیف بر هیپرتوونی مؤثر است.

#### پ- لرزش اصلی:

لرزش رفتاری (Attitude): مثلاً لرزش انگشت کدریک ساتیمتری یعنی متوقف شده است ولرزش هنگام پیری که گاهی موروثی است در چهارمورد از بیماران مورد بررسی ما (سه زن و یک مرد) یافت شده است.

از نظر عصبی، لرزش اصلی هیچگاه با دیگر علامت سندروم خارج هرمی همراه نیست و معمولاً مربوط به ضایعه پایه‌های فوقانی مخچه است. درمان با L. Dopa و یا آرتان روی این لرزش مؤثر نیست و فقط ترکیبات پاربیوتوریک که در طی روز به مقدار کم و مداوم داده شود اثر دارند. درمان جراحی با انعقاد هسته بطنی خلفی تالاموس نه تنها بر لرزش پارکینسونی اثر دارد بلکه لرزش رفتاری (Attitude) را نیز اذین می‌برد.

است که نشانهای عصبی - عضوی دارد، ممکن است با توجه به اینکه محققان انگلوساکسون آنرا تحت عنوان پسیکوزهای پیری درجه ۴ بیمار - بیهای با منشأ داخلی (آندوژن) روانپریشکی قرار میدهند، از بررسی آن که خود بسیار مفصل است در این گزارش خودداری نمی‌شود. در آمار این گروه بعداز بیماریهای عروقی، سندروم زوال عقلی بالاترین رقم را دارا است و جالب است که از ۲۷ مورد بیمار، زنان با ۱۹ مورد، اکثریت قابل توجهی دارند.

#### ۳- سندرمهای خارج هرمی:

سندرمهای خارج هرمی عبارت از جمع حرکات غیررادی با اختلال توнос عضلانی (هیپو یا هیپرتوونی) است. حرکات غیر ارادی به چهار نوع تقسیم می‌شوند: حرکات کره‌ای، حرکات آتنوزی، حرکات بالیک ولرزش.

#### الف- پارکینسون:

هر پزشکی سه علامت بزرگ آن را که لرزش غیررادی، هیپر توونی و اختلال حرکتی (Akinesie) باشد بخوبی میداند و سه علت مهم آن یعنی بیماریهای دژنراتیف، مسمومیت‌ها (مانند کسید کربن و منگنز) و ورم مغز دا می‌شناسند.

امروزه پارکینسون پس از آنسفالیت بطور استثنای دیده می‌شود. از کل پیران مورد بحث ما، ۲۳ مورد بشرح زیر چهار پارکینسون بوده‌اند (جدول شماره ۴):

جدول شماره ۴

سن	پارکینسون راست	پارکینسون چپ	هردو طرف	جمع
از ۶۵ تا ۷۰ سالگی	۸	۳	۴	۱۵
از ۷۱ تا ۸۰ سالگی	۱	۴	۱	۶
از ۸۱ به بالا			۲	۲

از علل پارکینسون در بیماران مورد مطالعه ما فقط یک مورد ضریبه بوده و ورم مغز دیده نشده است. بنابراین برای مابقی حالات علت دژنراتیف محتمل است.

#### درمان:

تحقیقات سالهای اخیر نشان داده است که پارکینسون، در اغلب مواقع ناشی از کاهش دوبامین در اجسام مخطط است. خایعات تجزیی جسم سیاه (Locus Niger) و یا استعمال ماده شیمیائی Reserpine موجب نقصان دوبامین می‌شود ولی لرزش ایجاد نمی‌کند و فقط باعث پیدایش سفتی عضلات و اختلال حرکتی می‌گردد.

## ۴- تومورهای مغز:

هفت مورد از بیماران مورد بحث دچار تومورهای معن بوده اند که پنج مورد تومور پیشانی راست و یک مورد آهیانهای راست و یک مورد آهیانهای چپ (گلیو بلاستوم) بوده است.

تومورهای مغز نزد سالمندان گرچه باعلام کانونی و با ازدیاد فشار داخل جمجمه خودنمایی میکند ولی برطبق عقیده Paillas and Alliez (۱۶) که صد مورد را تحت بررسی قرار داده اند دارای خواص زیر است:

علام کانونی ۹۲٪ موارد

علام صرعی کمیاب است (۳۰٪ موارد) نشانه های بالینی و چشمی از دیاد فشار داخل جمجمه ۵٪ کمتر از افراد بزرگسال دیده میشود.

تومورهای بد خیم ۶۵ درصد موارد را تشکیل میدهند.

خطر مرگ بعداز جراحی مغز بسیار زیاد است (۴۴٪ موارد) تشخیص با آزمایشها مانند پرتو نگاری جمجمه، معاینه ته چشم، الکترو آنسفالو گرافی، تومو گرافی کامپیوتری مغز است. آرثیو گرافی برای بررسی عروق تومور لازم است.

## ۵- سندروم های نخاعی:

شش مورد از بیماران مورد این مطالعه (چهار مرد و دو زن) دچار سندروم های نخاعی بوده اند.

## علل سندروم های نخاعی:

الف- فشارهای نخاعی: در اکثر مواقع مر بوط به متاستاز است. این بیماران از دردهای ستون فقرات که بصورت دردهای ریشه عصبی است می نالند و از راه رقق خسته میشوند. در معاینه اعصاب غیر از سندروم ریشه عصب، یک سندروم هرمی اسپاستیک درزیر ضایعه دارند.

باید عارضه را زود تشخیص داد زیرا برداشت تومور، باعث بهبود بیمار میشود و گرنده فلنج شل پاها فرامیرسد و درمان جراحی به شکست می بازجامد.

ب- بیماری های نخاعی آرتروزیک: که بیشتر نخاع گردنی گرفتار میشود. مجرای استخوانی در اثر فتق دیسکال تنگ میشود و زائد. های غیر طبیعی استخوان (استئوفیت) عرق نخاعی را می فشارند. از علامت آن غیر از فلنج نسبی اسپاستیک، اختلال های حسی ذهنی است. علامت (Lhermitte) یعنی احساس تخلیه الکتریکی هنگام خم کردن ناگهانی گردن به جلو را گاهی میتوان یافت.

در اندام فوقانی یک سندروم حرکتی و حسی از نوع ریشه ای جلب نظر میکند زیرا یکی از رفلکس های تاندونی از بین رفته است در حالیکه رفلکس های دیگر تند شده اند.

با تومو گرافی قدامی - خلفی میتوان قطر مجرای نخاعی را بررسی کرد.

میلو گرافی با هوا، همراه با چرخش حرکات گردن، مقدار فضائی را که در اطراف نخاع است نشان میدهد.

درمان جراحی (برداشت قوس خلفی مهره و غیره) بیماران را بهبودی قابل ملاحظه ای می بخشد.

پ- بیماری های نخاعی عروق: بر دو نوع است:

بیماری های نخاعی در اثر نرم شدگی آن (میلومالاسی) بصورت قطع عرضی ناگهانی نخاع است که بشکل فلنج شل پاها همراه با بیجیسی در زیر محل ضایعه خودنمایی میکند. اگر فقط شریان نخاعی قدامی گرفتار شود، اختلال حسی عمیق وجود نخواهد داشت.

از علل نرم شدگی نخاعی میتوان ضایعه آترو اسکلروز آئورت و یا عمل جراحی آن و یا آوریسم منتشر آئورت را نام برد.

۴- بیماری های مزمن نخاع: این شکل از بیماری نخاع برخلاف بیماری های قبلی بطور مزمن و پیشرونده ظاهر میکند. فلنج نسبی میتواند از نوع شل باشد و اختلالات حسی در  $\frac{2}{3}$  موارد وجود ندارد.

تشخیص افتراقی با اسکلروز آن پلاک و یا بیماری شارکودشوار است.

۶- فلنج عصب صورتی: (فلنج A. Frigore)

شش مورد از پیران مورد بحث ما (چهار مرد و دو زن) گرفتار فلنج عصب صورتی شده اند.

در دو مورد بیماران دیابت داشته اند.

## ۷- صرع:

شش تن از بیماران مورد تحقیق ما صرع داشته اند که سه مورد صرع کانونی بوده است.

همه محققان عقیده دارند که حملات صرع بزرگ باعث نامعلوم بعداز هفتاد سالگی بندرت اتفاق میافتد.

Schorsch و همکارانش گزارش داده اند که اختلالات عروقی مغز باعث بروز صرع دیررس میگردد. در این مورد باید متذکر شد که Woodcock and Cosgrow (۱۹) در بررسی هشتاد بیمار که بعداز پنجاه سالگی دچار صرع شده اند، ۳۵٪ تومور، ۲۶٪ آرثیو اسکلروز و ۳۹٪ علت نامعلوم پیدا کرده اند.

دو مورد از بیماران ما که صرع بزرگ داشته اند از کودکی به این بیماری مبتلا بوده اند و یک تن دیگر مرد ۷۰ ساله ای بوده که در مدت چهار سال دوبار دچار حمله صرع بزرگ شده است

بر سالمند بسیار دشوار میگردد. بعدها زوال عقلی بر آن افروده میشود.

در سابق، تشخیص بتوسط آنسفالوگرافی با هوا انجام میشد اما اکنون با توموگرافی کامپیوتربی مغز امکان پذیر است.

**۳- آتروفی تحت حاد مخچه (پارانثوپلازیک) :** این عارضه کمیاب است. غیر از عدم تعادل، اختلالات حرکتی مخچه ای نیز دیده میشود و بدین جهت آتروفی، هم کرمینه و هم نیمکره های مخچه را فرامیگیرد.

**ب- اختلالات عروقی: خونریزی مخچه:** بیمار ناگهان، دچار سردرد همراه با عدم تعادل حرکتی در طرف ضایعه و علائم از دیاد فشار داخل جمجمه و گاهی فلنج عصب صورتی همان طرف میشود. بیمار بسرعت بطرف اگماء پیش میرود و فقط عمل جراحی فوری، بیمار را بجات میدهد.

در سابق تشخیص توسط آنژیوگرافی شریان سبات و مهره ای و آنسفالوگرافی با هوا داده میشد، اما امروزه بهترین آزمایش توموگرافی کامپیوتربی مخچه است.

#### پ- اختلالات توموری:

در نزد پیران، شایعترین تومورها، متاستاز ناشی از تومور بد خیم اپی تلیوما است. علائم بالینی بعلت تمایل متاستاز به جایگزینی در سطح فوقانی کرمینه مخچه، بصورت عدم تعادل همراه با از دیاد فشار داخل جمجمه خودنمایی میکند.

تشخیص با آزمایشهای رادیو ایزوتوب و توموگرافی امکان پذیر است.

هر گاه که وضع بالینی بیمار اجازه دهد درمان جراحی لازم است.

#### ۹- نوروپاتیها :

**الف- نورالری عصب پنجم:** دومورداز بیماران مادچار نورالری عصب سفلو بوده اند. این نورالری که بسیار دردناک و مانع خواب میشود بصورت درد خفیف، دردهای شدید کوتاه مدت در مسیر یکی از سه شاخه عصب سه قلو ایجاد میشود. معاینه عصبی هنگام حمله درد طبیعی است.

درمان توسطداروی کار با مازپن (تگر تول) همراه با فنوباریازین اغلب مؤثر است. در صورت شکست این درمان، عمل جراحی را میتوان پیشنهاد کرد.

**ب- درد زونا:** دو تن از بیماران مورد این تحقیق گرفتار زونای بین دنده ای بوده اند.

در این بیماران زونا در ناحیه صورت دیده نشده است. بعداز ناپدیدشدن علائم پوستی زونا در منطقه بی حس شده، دردهای

(در الکتروآنسفالوگرام وی حمله های بصورت امواج تنا نوک تیز منتشر دیده شده است).

گاستو و همکارانش (۹) از ۱۶۸۰ بیمار مبتلا به «حمله مغزی» فقط ۱۴ درصد را دچار صرع گزارش داده اند.

صرع از نوع حمله کوچک هر گز نزد بزرگسالان بعنوان نخستین تظاهر صرع، دیده نشده است.

از سه بیمار دچار حملات صرع کاتونی در موارد بیماران ما دو تن صرع گیجگاهی و یک تن صرع بر اوه ژاکسون ناشی از تومور پیشانی راست داشته اند.

Gastaut و همکارانش (۹) علل زیر را برای موارد صرع کاتونی خود یافته اند.

تومورهای مغز	۷ درصد
ضربهای جمجمه	۳/۵
علل عروقی	۷
نامعلوم	۷۸/۶

آشکار است که پزشک برای علت صرع دیررس، نخست باید به تومور بینندیش. محققین علت توموری صرع دیررس را در پیران کمتر از هد درصد موارد صرع میدانند که تقریباً مشابه علت توموری صرع دیگر بزرگسالان است.

آزمایشهای لازم مانند پرتو نگاری جمجمه، معاینه کامل چشم ها، الکترو آنسفالوگرافی، آزمایش با مواد رادیو ایزو توب، توموگرافی کامپیوتربی مغز و در صورت لزوم آرتربیوگرافی و وانتریکولوگرافی باید انجام شود.

در درمان داروئی از ترکیبات هیدانتوئین و فنوباریتال استفاده میگردد و در صورت وجود تومور، درمان جراحی مورد بحث قرار میگیرد.

#### ۸- سندروم مخچه ای :

دو بیمار ما دارای سندروم مخچه ای بویژه علامت رومبر گشیدید بوده اند که مر بو طبیه آتروفی قشری دیررس کرمینه مخچه (ورمیس) است.

مهمنترین علل سندروم مخچه ای را در پیران، میتوان به سه گروه تقسیم کرد:

#### الف- اختلالات دز نر ایف:

این اختلالات بر دو نوع است:

#### ۹- آتروفی فشری دیررس با تقویق در ناحیه کرمینه :

این آتروفی بسیار تدریجی و پیش رو نه است و قسمت قدامی کرمینه و نواحی همراه نیمکره های مخچه را گرفتار میسازد. عارضه با عدم تعادل اندام های تحتانی شروع میشود و راه رفتن

عصبی سالمندان در ایران را در نه گروه بشرح زیر تقسیم پندی نموده سپس با درنتظر گرفتن یافته‌های پژوهشگران دیگر بحث و مقایسه کرده است. (بررسی اختلالات روانی در این گزارش منظور نشده است)

۱۰	۷۰	۱- اختلال‌های عروقی
۵۳		- سندروم‌های سیلوین ایسکمیک:
۱		- سندرم ایسکمیک مغزی قدامی
۲		- عارضه Ictus Amnesique
۱		سندرم Weber
۳		- سندرم پسودوبولبر
۵		- خونریزی داخل مغزی
۲۲		۲- ذوال عقلی (دمانس)
۲۷		۳- سندروم‌های خارج هرمی (اکستر اپر افیدال)
۷		۴- تومورهای مغز
۶		۵- سندروم‌های نخاعی
۶		۶- فلج عصب صورت (A frigore)
۶		۷- صرع
۲		۸- سندروم‌های مخچه‌ای
۵		۹- نوروپاتیها

شدیدی بروزی کند که در غالب موقع درمان طبی و حتی جراحی تأثیری ندارد.

پ- نوروپاتی دیابتیک: این عارضه میتواند عصب حسی یا حر کنی را فراگیرد. اختلال‌های حر کنی معمولاً در ریشه اندامها بیشتر است.

ت- نوروپاتی در اثر رادیو تراپی: بعضی از بیماران که بعلتی تحت درمان رادیوتراپی در منطقه زیر بغل قرار گرفته‌اند، چندسال بعد علائم نوروپاتی اعصاب این ناحیه را ظاهر می‌سازند. یکی از بیماران ما که مرد ۶۵ ساله‌ای بود، دچار این نوروپاتی شده بود.

ث- نوروپاتی‌های دیگر: بعلت سرطان، ایسکمی و با آمیلوبیدوز نیز گاه‌گاه نزد پیران یافت می‌شود. برای تشخیص آزمایش‌های مانند الکترومیوگرافی، پوپسی عصب، تجزیه مایع نخاع، بررسی اختلال‌های عروقی محیطی، اختلالات متابولیک و غیره باید انجام گیرد.

درمان مربوط به علت نوروپاتی است.

#### خلاصه:

پس از یادآوری چگونگی معاینه عصبی یک سالمند، نویسنده مقاله ۳۲۸ بیمار از ۶۵ سال بدبلا را درده سال اخیر، از نظر اعصاب و روان موردمعاینه و بررسی قرار داده است و شایعترین بیماری‌های

#### REFERENCES:

- 1- Bender, M. B: The incidence and type of perceptual deficiencies in the aged. P. 15 - 31. In: Neurological and Sensory Disorders in the Elderly (W.S. Field editor). Stratton intercontinental medical book corporation. New York 1975.
- 2- Bonduelle, M: Le tremblement senile. P. 97 - 105. Dans: Le Cerveau du 3e age, Dausse, 1974.
- 3- Bonduelle, M., Sallon, C. L. and Guillond, J: Etude de 51 dossiers d'épilepsie ayant débuté après 60 ans. Sem. Hop. de Paris, 48, 3141 - 3144. 1970.
- 4- Boudouresques, J., Vigouroux, R., Lehmann, G. and Boudouresques, G: L'hémiplégie du 3e âge: à propos de 277 cas d'hémiplégie observés après 65 ans, dans un service de neurologie. Dans: le Cerveau du 3e âge, P. 133 - 138, Dausse, 1974.
- 5- Broe, G. A., Akhtar, A. J., Andrews, G. R., Caird, F. I., Gilmore, Anne. J. J. and McLennan, W. J: Neurological disorders in the elderly at home, J. Neurol. Neurosurg, and Psychiat. 39 : 362-366, 1976.
- 6- Castaigne, P., Buge, A., Escourolle, R. and Masson, M: L'atrophie cérébelleuse paranéoplasique. A propos d'une observation anatomo-clinique. Presse Medicale 45: 2639 - 2644, 1964.
- 7- Cambier, J. Longévité et troubles vasculaires cérébraux. La Rev. du part. T. XVI, no. 8. P. 1015-1030, 1966.
- 8- Garcin, R., Godlewski, S. and Ronbot, P: Etude clinique des medullobathies d'origine vasculaire. Revue neurologique 106: 558 - 591, 1962.
- 9- Gastaut, H. and Gastaut, J. L: Les épilepsies du 3e age dans le cadre des crises cérébrales propres à cet âge, P. 53 - 69. In: Le cerveau du 3e age, Dausse, 1974.

- 10- Gauthier, G., De Ajuriaguerra, J., Simona, B., Constantdinis, J., Eisenrig, J. J., Krassoievitch, M., Yanniotis, C., and Tissot, R: Therapeutique du syndrome parkinsonien par la L - Dopa associée à des inhibiteurs de la décarboxylase. *Revue neurologique.* 123: 297 - 319, 1970.
- 11- Hutchinson, E. C. and Acheson, E. J: Strokes. Natural history, pathology, and surgical treatment. W. B. Saunders Company Ltd, London, 1975.
- 12- Jellinger, K., and Neumayer, E: Myélopathie progressive d'origine vasculaire. *Acta Neurol. Psychiat. Belgica* 62: 944 - 956, 1962.
- 13- Klawans, H., Tufo, H., Ostfeld, A., Shekelle, R. and Kilbridge, J: Neurologic examination in an Elderly population. *Disease of the nervous system* 32: 274 - 279, 1971.
- 14- Lhermitte, F. and Signoret, J. L: Les activités cognitives au cours du 3e age. In: *cerveau du 3e Dausse*, 1974.
- 15- Matsumoto, N., Whisnant, J., Kurland, L., and Okazaki, H: Natural history of stroke in Rochester, Minnesota, 1955 through 1969. An extension of a previous study 1945 through 1954. *Stroke* 4, 20 - 29, 1973.
- 16- Paillas, J. and Alliez, B: tumeurs cérébrales du 3e age. Dans: *Le cerveau du 3e age*, P. 157 - 166, Dausse 1974.
- 17- Paillat, P. La longévité cernée par la statistique. *La Rev. du prat. T. XVI*, no. 8, P. 949 - 959, 1966.
- 18- Verceletto, P. and Delobel, R : Etude des facteurs étiologiques et pronostiques dans les épilepsies débutant après 60 ans. *Som. Hop. de Paris* 48: 3133 - 3137, 1970.
- 19- Woodcock, S. and Cosgrow, J. B. R, Epilepsy after age of 50. a five year follow - up study. *Neurology* 14: 34 - 49, 1963.

۲۰- دکتر جلال بریمانی : اختلالات عصبی و روانی سالخوردگان در ایران (بررسی ۱۷۸ مورد) مجله نظام پزشکی ، شماره ۶ ، صفحه ۱۲۵۱ - ۴۲۴ ، سال ۱۳۵۰ .